

# SOLICITUD DE COMIDAS CACFP GRATIS Y DE PRECIO REDUCIDO 2010-2011 UNA SOLICITUD POR FAMILIA

Para solicitar comidas gratis y de precio reducido, rellene esta solicitud, fírmela y devuelva la solicitud. Por favor, llame al siguiente número de teléfono si necesita ayuda: \_\_\_\_\_

## 1 Niño o niños inscritos – En mayúsculas.

**2** Escriba el número de caso de cada niño, si corresponde. Pase por alto las secciones 3 y 4 y complete la sección 5. No está permitido el número de tarjeta EBT o QUEST.

NOMBRE DEL NIÑO	Edad	Nº del caso cupones para alimentos	Nº DEL CASO TAFI SI CORRESPONDE	Nº DEL CASO FDPİR SI CORRESPONDE
1 _____	_____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____	_____
6 _____	_____	_____	_____	_____

**3 HIJO ADOPTIVO:**  Marque aquí si la solicitud es para un hijo adoptivo. **Rellene una solicitud distinta para cada hijo adoptivo. Escriba los ingresos para uso personal del hijo adoptivo.** Escriba "0" si el niño no tiene ingresos para uso personal. Pase por alto la sección 4 y complete la sección 5. No es necesario el número de la seguridad social para padres adoptivos.

## 4 MIEMBROS DE LA FAMILIA E INGRESOS: Escriba los nombres de todos los miembros no mencionados arriba. Si escribió un número de cupones para alimentos, TAFI o FDPİR para cada niño, pase a la sección 5.

Escriba los nombres de todos los miembros de su familia y los ingresos netos que reciben excepto de los niños mencionados arriba (a menos que tengan ingresos). Si un miembro de la familia mencionado a continuación no tiene ingresos, marque la casilla SIN INGRESOS.	Ingresos laborales antes de deducciones		Prestaciones sociales, manutención de menores, pensión alimenticia		Pensiones, jubilación, seguridad social		Resto de ingresos	
	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<b>SIN INGRESOS</b>								
1 _____	<input type="checkbox"/>							
2 _____	<input type="checkbox"/>							
3 _____	<input type="checkbox"/>							
4 _____	<input type="checkbox"/>							

**5 FIRMA Y NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL:** Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que se han declarado todos los ingresos. Entiendo que doy esta información para recibir fondos federales; que los funcionarios de la organización patrocinadora pueden verificar la información de la solicitud y que alterar la información deliberadamente puede resultar en juicios contra mi persona de acuerdo con las leyes estatales y federales que correspondan. **Si recibe cupones para alimentos, TAFI o FDPİR, no hace falta el número de la seguridad social. Solo firme en la casilla #5.**

## 6 RAZA/IDENTIDAD ÉTNICA-OPCIONAL

Marque una o más identidades raciales:

- ASIÁTICO
- CAUCÁSICO
- NEGRO O AFRO-AMERICANO
- INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA
- NATIVO DE HAWAI U OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO
- OTRO

Marque una identidad étnica:

- HISPANO O LATINO
- NON HISPANO O LATINO

X \_\_\_\_\_  
Firma de un miembro adulto de la familia

**NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL \***  
   -   -         F

No tengo número de la seguridad social

Nombre en mayúsculas de la firma anterior \_\_\_\_\_

Nº de teléfono casa. Nº de teléfono trabajo. \_\_\_\_\_

Calle/Nº de apartamento \_\_\_\_\_

Nº de apartado de correos \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Fecha de la firma \_\_\_\_\_

**DECLARACION DE LA LEY DE PRIVACIDAD:** La sección 9 de la Ley nacional de comida escolar requiere que, a menos que se proporcione el número del caso de cupones para alimentos, TAFI o FDPİR de su hijo, debe incluir el número de la seguridad social del miembro adulto de la familia que ha firmado la solicitud o indicar que el miembro no tiene número de la seguridad social. No es obligatorio proporcionar un número de la seguridad social, pero si no se proporciona o no se indica que el firmante no tiene dicho número, no se puede aprobar la solicitud. Se puede usar el número de la seguridad social para identificar al miembro de la familia mediante actividades para verificar que la información mencionada en la solicitud es correcta. Estas actividades de verificación pueden realizarse mediante revisiones de programas, auditorías e investigaciones y pueden incluir llamadas a lugares de trabajo para determinar los ingresos; a oficinas de cupones para alimentos o de servicios sociales con el fin de determinar la certificación actual para recibir cupones para alimentos, TAFI o beneficios FDPİR; a la Oficina Estatal de Seguridad del Empleo para determinar la cantidad de beneficios recibidos y revisar la documentación proporcionada por los miembros de la familia para demostrar la cantidad de ingresos recibida. Estas actividades pueden resultar en una pérdida o reducción de beneficios, demandas administrativas o acciones legales si no se proporciona la información correcta.

**NO ESCRIBA EN LA SIGUIENTE CAJA – PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL**

<p>ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly X 52, Every 2 Weeks X 26, Twice a Month X 24, Monthly X 12</p> <p><input type="checkbox"/> FOOD STAMP/TAFI/FDPİR HOUSEHOLD</p> <p><input type="checkbox"/> INCOME HOUSEHOLD: Household income: \$ _____ How often _____ Annual Income \$ _____ Household size: _____</p>	<p><b>DENIED:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Income Over Allowed Amount</p> <p><input type="checkbox"/> Incomplete/Missing <input type="checkbox"/> Other</p>
<p><b>TEMPORARY APPROVAL FOR:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Free Meals, expires _____</p>	<p><b>APPROVED FOR:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Free Meals</p> <p><input type="checkbox"/> Reduced-Price Meals</p> <p>_____ WITHDRAWAL DATE</p>
<p>Signature of Determining Official: <b>X</b></p>	<p>_____</p>
<p>Date signed _____</p>	<p>_____</p>

## CARTA OBLIGATORIA PARA PADRE O MADRE/GUARDIÁN AF 2011

### Queridos padres o guardián:

Proporcionar cuidado infantil y programas de primera infancia a precios asequibles para los padres es cada vez más difícil y requiere sacar el máximo provecho de todos los recursos de financiación disponibles. Uno de estos recursos es el Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos, donde el Departamento de Agricultura de EE.UU. y el Departamento de Educación del Estado reembolsan el costo de las comidas y aperitivos. Usted y su familia se benefician porque nos ayuda a mantener los precios de la guardería más bajos.

Necesitamos que la información solicitada en el documento adjunto, *Solicitud de comidas gratis o de precio reducido*. Por favor rellene, firme y devuelva este formulario en el sobre proporcionado o tan pronto como sea posible. ***Esta información se mantendrá en la más absoluta confidencialidad.***

A fin de ser considerada apta para recibir comidas gratis o de precio reducido, la solicitud debe contar con todos los documentos que demuestran que reúne los requisitos necesarios, incluyendo los ingresos actuales de la familia por fuente y frecuencia de recepción, los nombres de todos los miembros de la familia y el número de la seguridad social de un miembro adulto de la familia mayor de 21 años. Si el miembro adulto no tiene número de la seguridad social, escriba "ninguno" y firme y feche el formulario.

Las familias que reciben cupones de alimentos, el programa de distribución de alimentos en las reservas indias (FDPIR), TAFI o ICCP sólo tienen que proporcionar los nombres de los niños que reciben estos beneficios, el número del caso, la firma de un miembro adulto de la familia y la fecha de la firma.

Los hijos adoptivos tienen derecho a comidas gratis o de precio reducido sin importar los ingresos de la familia con quien residen. Las familias que deseen solicitar estos beneficios para hijos adoptivos deben rellenar la "Sección 2 – Hijo adoptivo" de la solicitud.

Si un médico ha determinado que su hijo está discapacitado y que la discapacidad le impide comer las comidas regulares del centro, las sustituiremos por las comidas que haya recetado el médico sin coste adicional para usted. Traiga al centro una nota del médico para verificar que su(s) hijo(s) necesita(n) comidas especiales debido a la discapacidad y donde se receten las comidas alternativas necesarias. Esto también se aplica en caso de alergias.

"De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de agricultura de EE.UU., este programa no puede discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una demanda por discriminación, escriba una carta a USDA, Director, Oficina de Derechos Humanos, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 ó (202) 720-5963 (TTY). USDA es una empresa y proveedor que ofrece igualdad de oportunidades."